

المكتب الولائي بالوادي

رقم : ... / 2025

طلب إعارة عتاد شبه طبي

انا الممضي (ة) أسفله :

المولود (ة) بتاريخ :

الساكن (ة) :

بلدية دائرة ولاية

الهاتف : /

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم : الصادرة في :

عن :

أشهد بأنني استلمت من الجمعية المذكورة أعلاه العتاد أو الجهاز التالي

1 - (التعيين) (رقم الجرد) (التقييم)

أتعهد

بإرجاعه سليما أو تعويضه في حالة العطب .

أن أعيده في فترة لا تتجاوز: (تلقائي مدة 15 يوما) وفي حالة تمديد يجدد الطلب إداريا.

إدارة الجمعية

إمضاء المعني